



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DARTAGNAN SOUSA DOS SANTOS

**SEGURANÇA DO PACIENTE: IMPLANTAÇÃO DE PULSEIRAS DE
IDENTIFICAÇÃO NA UTI ADULTO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DARTAGNAN SOUSA DOS SANTOS

**SEGURANÇA DO PACIENTE: IMPLANTAÇÃO DE PULSEIRAS DE
IDENTIFICAÇÃO NA UTI ADULTO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profº. Orientador: Dr. Rafael Marcelo Soder

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado Segurança do Paciente: Implantação de Pulseiras de Identificação na UTI Adulto de autoria do aluno Dartagnan Sousa dos Santos foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado _____ no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência

Profº. Dr. Rafael Marcelo Soder
Orientador da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo geral defender a importância da implementação do uso da pulseira de identificação em pacientes hospitalizados na unidade de terapia intensiva. A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica como sustentação da proposta de implantação do Protocolo de Identificação de Pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto do Hospital Universitário Ernani Polydoro de São Thiago. Este estudo contribuiu para fornecer evidências da utilização de pulseiras de identificação em pacientes internados na UTI adulto da instituição e para nortear o aprimoramento das práticas referentes a essa temática. Sugere-se que seja realizado um monitoramento desse processo alguns meses após a implantação, para que se visualize o progresso das ações e se efetuem o real benefício à segurança do paciente se comparado com a incidência de erros. Seria importante também o desenvolvimento de estudos que avaliem a correta utilização da pulseira pelos profissionais para identificação dos pacientes.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Plano de ação: Descrição do plano de ação.	23
Quadro 2 - Plano de ação: Descrição do plano de ação.	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 OBJETIVOS	10
1.1.1 Objetivo Geral	10
1.1.2 Objetivos Específicos	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
3 METODOLOGIA	23
3.1 TIPO DE ESTUDO	23
3.2 PLANO DE AÇÃO – META I	23
3.3 PLANO DE AÇÃO – META II	24
3.4 CAMPO OU CONTEXTO	24
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICE A – Instrução de Trabalho	31

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tem sido foco de discussões na última década no mundo todo. Frente ao amplo crescimento do número de erros ocorridos durante o processo de cuidar, as instituições voltaram seus olhares para as ações de saúde que vinham sendo realizadas de maneira inadequada.

Apesar de parecer um fato inovador, a busca pela qualidade nos sistemas de saúde e a prestação de cuidados com segurança já tinham sido relatadas nas palavras da Enfermeira Florence Nightingale, em 1859, quando esta dizia que pode parecer talvez um estranho princípio enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente (OGUISSO, 2005).

Mais de cem anos depois, a publicação do relatório “To err is human: Building a safer health system” pelo Institute of Medicine (2000) desperta a atenção das instituições de saúde para a segurança do paciente ao apontar dados substanciais sobre erros e eventos adversos evitáveis que causaram milhões de danos a pacientes nos Estados Unidos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000).

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) representam uma forma de assistência à pacientes com doenças graves ou potencialmente graves, que exigem recursos tecnológicos e humanos específicos (KNOBEL, 1998).

O autor ainda descreve que neste contexto, os pacientes que necessitam de internações na Unidade de Terapia Intensiva, frequentemente apresentam piores condições clínicas, maior gravidade da doença e barreiras comunicativas, tornando-o suscetivelmente exposto ao contexto ambiental, aumentando sua exposição aos erros assistenciais (KNOBEL, 2010).

Florence Nightingale definiu o primeiro conceito de UTI, quando na guerra da Crimeia (1854) separa os pacientes mais graves, para uma assistência mais contínua e atenta, afim de melhor vigiá-los e cuidá-los (FERNANDES; PULZI JÚNIOR; COSTA FILHO, 2010).

Knobel (2010) revela que hoje, após várias transformações, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor de alta complexidade no ambiente hospitalar e desde então, tornou-se um serviço que utiliza equipamentos especiais, combinados com atitude particular da equipe que ali trabalha. Estas atitudes devem priorizar a

segurança através de ações capacitadas, que promovam a qualidade da assistência ao paciente grave.

Desta forma, o compromisso do profissional de enfermagem está relacionado com a prestação da assistência à saúde isenta de riscos e minimização de erros. Portanto deverá utilizar atitudes que previnam os erros antes que eles ocorram e isto se fundamenta um passo importante na assistência à saúde dos pacientes (SALLES, 2009; KNOBEL, 2010).

A fim de reduzir esses erros e ampliar o número de práticas seguras, as instituições de saúde, no mundo todo, estão investindo em ações que primam pela qualidade assistencial e buscam a difusão de uma cultura de segurança para os pacientes, para os profissionais e para o ambiente. Essas mudanças estão focadas nas seis metas de segurança do paciente preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo a meta número um, a identificação correta do paciente.

No entanto, percebe-se que os erros nos serviços de saúde continuam ocorrendo, independentemente de fatores únicos como dedicação ao trabalho ou treinamentos constantes. A maioria dos erros é cometida por profissionais habilitados, bem treinados e competentes.

Prevenir os erros pressupõe criar barreiras para interceptar as falhas, criando ambientes seguros para estes profissionais. Pedreira e Harada (2006) nos lembram que a assistência à saúde, é desenvolvida em ambientes dinâmicos e especializados, onde as relações entre os pacientes, equipes multiprofissionais, aparatos tecnológicos, infraestrutura, processos de trabalho e procedimentos, são extremamente complexas, demandando conhecimento científico especializado e habilidade técnica por parte de todos os indivíduos que prestam cuidado ao paciente. É preciso compreender as atitudes dos profissionais e o contexto onde ele trabalha para chegar até as causas-raízes dos erros.

A segurança é um dos critérios básicos para se garantir a qualidade da assistência ao paciente. Nesse sentido, a adoção de estratégias para redução de erros e eventos adversos em instituições de Saúde é fundamental, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva, onde vidas humanas podem ser salvas através de medidas muitas vezes simples.

Apesar de não existirem muitos estudos que abordem de maneira específica o tema da identificação do paciente, nota-se uma preocupação mundial em relação a essa prática, a qual está intimamente relacionada a quaisquer procedimentos que

são realizados nos pacientes, como administração de medicamentos, cirurgias, transfusões de sangue e hemoderivados, entre outros.

A implementação de programas de gerenciamento de risco na garantia de condições mínimas seguras em ambientes hospitalares não é uma prática comum nos hospitais brasileiros, pois falta um pouco mais de esclarecimento dos profissionais envolvidos no cuidado no que diz respeito a que direcionamento se foca quando se monitora o risco.

Os principais objetivos da ANVISA com a criação da rede Hospitais Sentinela são: implementar o sistema nacional de vigilância sanitária na pós-comercialização de produtos de saúde; criar o cargo de gerência de risco em serviços hospitalares, de modo que o gerente possa aglutinar informações e interligar os diversos setores e profissionais do hospital; incentivar o desenvolvimento e especialização das áreas de apoio hospitalar como aquisição, farmácia hospitalar, banco de sangue, engenharia e manutenção; incentivar o pleno funcionamento de comissões como a de prontuários e óbitos, controle de infecção hospitalar e padronização de materiais e medicamentos (SANTOS; VIEIRA, 2004).

O Projeto Hospitais Sentinela engloba quatro áreas de apoio - Farmacovigilância, Hemovigilância, Tecnovigilância e Vigilância de Saneantes - e envolve profissionais dos serviços de Farmácia Hospitalar, Engenharia Clínica e Hemoterapia, responsáveis pela gerência racional da utilização de tecnologias em saúde em suas áreas respectivas (PINHEIRO; PEPE, 2011). Com a criação deste projeto, o propósito principal da ANVISA foi constituir planos de melhorias relacionados ao uso seguro e vigilância de tecnologias em saúde, mediante a sensibilização dos profissionais de saúde.

Outra iniciativa interessante para o desenvolvimento de ações voltadas para a segurança do paciente é a criação de comitês multidisciplinares nas instituições de saúde para que articulassem e coordenassem programas e atividades de prevenção de eventos adversos, denominados Comitês de Qualidade ou Comitê de Farmácia e Terapêutica ou Comitê de Segurança do Paciente (CASSIANI, 2010).

Em 2005, a Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde criou a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente, em Concepción-Chile, com o objetivo de traçar tendências e prioridades no desenvolvimento da Enfermagem na área da Segurança do Paciente, discutir cooperação e intercâmbio de informações entre os países e necessidades

de fortalecimento do cuidado de enfermagem a partir de evidências científicas (CASSIANI, 2010).

O processo de identificação do paciente, incluindo a conferência dos dados da pulseira com o cadastro do paciente e com as informações confirmadas por ele, pode ser visto como uma importante etapa na interação entre o paciente e a equipe de saúde.

Smith et al. (2011) afirmam que a importância da identificação do paciente para a segurança nos serviços de saúde decorre não só do potencial para dar origem a erros sequenciais na cadeia de atendimento, mas também porque pode servir como um ponto de controle onde erros anteriores possam ser detectados e corrigidos.

Erros de descaso podem continuar ocorrendo se os pacientes não estiverem com a pulseira, ou se a pulseira não contiver a informação confiável para a identificação (SMITH et al., 2011).

No ano de 2007, a Agência Nacional de Segurança do Paciente da Inglaterra e País de Gales revelou, em uma publicação, que mais de um a cada dez casos de cuidados incompatíveis notificados estavam relacionados a pulseiras de identificação. O autor referido pontua que a correta utilização de pulseiras de identificação e a definição de padrões quanto à cor, material e identificadores favorecem uma prática segura na identificação do paciente, o que significa um recurso adicional no combate aos erros devastadores que a identificação incorreta pode trazer (MAYOR, 2007).

A identificação do paciente tem duplo propósito: primeiro, determinar, com segurança, o indivíduo como sendo o legítimo receptor do tratamento ou procedimento; segundo, assegurar que o procedimento a ser executado é efetivamente aquele de que o paciente necessita (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2007). A não identificação do paciente é responsável por grandes números de eventos adversos que podem causar sérios danos à saúde dos pacientes, o que justifica um olhar atento a essa temática e ao desenvolvimento dessa prática no cotidiano de trabalho da enfermagem (HOWANITZ et al., 2002).

Silva et al. (2007) afirmam que: Enquanto os equipamentos para a utilização de código de barras podem ter um custo elevado, o emprego das pulseiras de identificação e a apropriada identificação no leito geram menor custo e, se utilizados

efetivamente, contribuem para minimizar a ocorrência de administração de medicamentos a pacientes errados (SILVA et al., 2007). A estratégia de implantar pulseiras de identificação como uma das ferramentas para promover um cuidado que prima pela segurança dos pacientes configura-se como uma prática de baixo custo para as instituições e de fácil instalação na rotina dos cuidados dos profissionais de saúde.

A experiência de vivenciar a implantação de um procedimento operacional padrão (POP) voltado para a identificação de pacientes também foi responsável por despertar o interesse em conhecer a adesão da inserção de pulseiras de identificação em pacientes internados na UTI da instituição em estudo.

Na prática cotidiana, pode-se perceber que a identificação do paciente é uma etapa do cuidado de enfermagem que não recebe a devida atenção, embora possa interferir nas demais etapas e seja primordial para garantir a qualidade e segurança do serviço prestado.

A motivação para o desenvolvimento desse estudo surgiu com a necessidade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente na instituição onde trabalho, na qual a identificação correta do paciente com o uso de pulseiras de identificação não são utilizados e demonstraram imensa preocupação pela qualidade das práticas que estão sendo desenvolvidas nessa área.

Dessa maneira, o desenvolvimento de um estudo sobre tal temática justifica-se à medida que possibilitará a identificação do paciente com a aplicação das pulseiras de identificação.

Esse conhecimento poderá servir de subsídio ao cuidado mais seguro, tanto da enfermagem quanto dos outros profissionais de saúde, assim como proporcionar maior qualidade na assistência aos usuários dos serviços de saúde.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Defender a importância da implementação do uso da pulseira de identificação em pacientes hospitalizados na unidade de terapia intensiva

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar a necessidade da utilização da pulseira de identificação;
- b) Verificar quais os itens identificadores a serem registrados nas pulseiras;
- c) Comparar os dados constantes nas pulseiras com os dados de cadastro dos pacientes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A segurança do paciente pode ser definida, de acordo com a OMS (2009), como a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. O “mínimo aceitável” se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratamento, ou outro tratamento. Complementando este conceito, a segurança do paciente não é nada mais que a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e uso das melhores práticas descritas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente (OMS, 2009).

O princípio de não causar dano permeia a grande maioria dos estudos relacionados à segurança do paciente.

Barraclough e Carnino (1998, p. 29) destacam a importância da estrutura de trabalho levar em consideração as atividades rotineiras da organização, ao afirmarem que:

A alta direção deve assegurar que sua organização possua um sistema de gestão de segurança que proporcione um meio estruturado e sistemático para obter e manter altos padrões de desempenho de segurança e esse sistema deve ser realmente implementado considerando o dia a dia.

O relatório “To err is human: Building a safer health system”, já mencionado, apresenta inúmeros estudos realizados pelo mundo com o intuito de conhecer a magnitude dos erros causados aos pacientes internados nas instituições de saúde. Um dos estudos apresentados neste relatório é o “Harvard Medical Practice Study”, ocorrido em 1984, que obteve mais de 30.000 sujeitos de 51 hospitais no estado de Nova York. Neste estudo foi publicado que os eventos adversos, percebidos pela hospitalização prolongada e/ou incapacidade no momento da alta, ocorreram em 3,7% das internações. A proporção de eventos adversos evitáveis foi de 58% e a proporção de eventos adversos devido à negligência foi de 27,6%. Embora a maioria destes eventos adversos tenha dado origem à incapacidade com duração inferior a seis meses, 13,6% resultaram em morte e 2,6% causaram lesões incapacitantes. Outros estudos também evidenciaram os resultados desses erros para os pacientes,

o que ratifica a necessidade de um olhar focado nos processos relacionados à segurança do paciente (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000).

O Estudo Latino-Americano de Eventos Adversos (IBEAS), publicado em 2011, realizado pelos governos da Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru, pelo Ministério da Saúde e Política Social e Igualdade da Espanha, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde, revelou que 10% dos pacientes internados nos hospitais participantes estavam sofrendo ou estavam em tratamento por causa de um evento adverso. Pôde-se constatar também que esse risco duplicou quando se levava em conta a permanência do paciente na íntegra no hospital, sendo assim 20% dos pacientes sofreram pelo menos um incidente prejudicial durante sua internação, deve-se ressaltar que mais da metade desses incidentes prejudiciais poderiam ter sido evitados (ARANAZ-ANDRÉZ et al, 2011).

A prevalência e a incidência de erros e eventos adversos instigam as organizações de saúde do mundo todo a promoverem uma mudança cultural baseada no melhor e mais seguro cuidado, buscando agregar os profissionais de todos os níveis de atenção.

Precisamos compreender que as práticas de segurança necessitam adequar-se aos diferentes contextos econômicos, sociais e culturais. Cada governo deve estabelecer as melhores condutas a serem tomadas pelos profissionais de saúde visando atender as necessidades da sua população. Frente a essas situações de risco à saúde dos pacientes, movimentos iniciaram-se pelo mundo com o intuito de reavaliar e aprimorar as práticas em vigência.

Na 55ª Assembleia Mundial de Saúde em 2002, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu normas e padrões para dar suporte aos países para desenvolverem políticas e práticas voltadas à segurança do paciente.

Em outubro de 2004, na 57ª Assembleia Mundial de Saúde foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, onde o principal objetivo pautava-se em: “Primeiro, não fazer mal”. Foi criada com o propósito de coordenar, difundir e acelerar as melhorias na área da segurança do paciente no mundo todo. Esta Aliança é um meio que propicia a colaboração internacional e a ação dos estados membros da OMS, integrando os profissionais da área da saúde, os experts no assunto da segurança do paciente, os usuários e a indústria, tornando todos corresponsáveis pelo desenvolvimento de melhorias nessa temática (OMS, 2004).

Desde então, a segurança do paciente tornou-se foco das principais discussões sobre saúde no mundo todo, sendo criadas inúmeras iniciativas pelas instituições e órgãos reguladores.

A OMS tem lançado desafios globais para que os hospitais e clínicas prestadores de serviços de saúde possam orientar suas ações de melhoria. Em 2005 – 2006 foi publicado o desafio global “Cuidado limpo é cuidado seguro”, tendo como foco a higienização das mãos, a segurança do sangue e hemoderivados, segurança cirúrgica e cuidados em emergência, injeção e imunizações seguras e segurança da água e gerenciamento de resíduos.

Já no biênio 2007 – 2008, o desafio era “Cirurgia Segura Salva Vidas” que versava sobre cuidados para uma cirurgia limpa e uma anestesia segura, treinamento de profissionais, monitoração e mecanismos de garantia de qualidade.

O último desafio lançado nos anos de 2009 e 2010 era nominado “Enfrentando a resistência microbiana”, com o objetivo de instruir e focar as instituições e serviços de saúde para o controle dos germes multirresistentes e o uso adequado dos antimicrobianos e das medidas de prevenção de disseminação dos germes (ANVISA, 2011a).

A Organização Mundial da Saúde, em conjunto com a empresa de acreditação Joint Commission International (JCI), designada como Centro colaborador da OMS, publicou em maio de 2007 “As Soluções para a Segurança do Paciente” que pode ser definida como qualquer projeto ou intervenção no sistema que tem demonstrado a capacidade de prevenir ou reduzir os danos ao paciente, a partir de processos de saúde. Neste documento, foram definidas nove soluções que oferecem a oportunidade de reflexão de métodos para manejar a segurança do paciente, sendo elas: Medicamentos de aspecto e nome parecidos, Identificação de pacientes, Comunicação durante a transferência de pacientes, Realização de procedimentos corretos no lugar correto, Soluções de controle de concentrado de eletrólitos, Assegurar a precisão das transcrições de receitas de medicamentos, Evitar erros de conexão de cateteres e tubos, Dispositivos de injeção de uso único e Melhorar a higiene das mãos para evitar infecções associadas aos cuidados de saúde (OMS; JCI, 2007).

As propostas da ANVISA para segurança do paciente visam a melhoria da qualidade no atendimento hospitalar. Em outubro de 2007, foi promovida a oficina “Segurança do Paciente: Um Desafio Global”, pela Agência Nacional de Saúde, em

parceria com o Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o que gerou debates e sugestões sobre as questões relevantes a cerca do tema. Nesta ocasião, uma das questões discutidas foi a administração segura de medicamentos injetáveis (BRASIL, 2007).

A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente -REBRAENSP, criada em maio de 2008 foi a estratégia adotada por grupos de enfermeiros para o desenvolvimento de articulação e de cooperação entre instituições de saúde e educação, com o objetivo de fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade. O trabalho dessa Rede foi difundido, através dos seus pólos estaduais e municipais, cujo papel é o de divulgar os conceitos de segurança do paciente da OMS e de outras instituições, incentivar a criação e participação de enfermeiros em comitês de segurança do paciente e instituir, nos locais de trabalho, atitudes e iniciativas, com base científica, que diminuam os riscos e garantam a segurança do paciente, reconhecendo que os riscos são inerentes a qualquer processo de trabalho (CASSIANI, 2010).

Em Santa Catarina foi criado o SEPAESC (Polo de Segurança do Paciente de Santa Catarina) em 1º de dezembro de 2009, que é coordenado pelas Profas. Dra. Grace Dal Sasso, Dra. Sayonara Barbosa, Dra Vera Radunz, Dra. Francine Gelbecke e Dra. Maria de Lourdes Souza e tem como objetivos promover a cultura da segurança do paciente no Estado de Santa Catarina mediante pesquisa, cursos de extensão, oficinas, seminários, eventos e fóruns de experiências; desenvolver pesquisas nacionais e internacionais na área; promover estratégias e desenvolver ações para medida e melhoria de processos nos ambientes de cuidado em saúde: indicadores de segurança, protocolos de cuidado, entre outros e potencializar a integração das Tecnologias de Informação e Comunicação e da Telenfermagem para o desenvolvimento de ações de segurança do paciente e da cultura da segurança. (ATA da Reunião do Pólo de Segurança do Paciente de Santa Catarina – SEPAESC, 2009).

A segurança do paciente está prevista na RDC Nº 63, publicada em novembro de 2011 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços em saúde. Nessa resolução, consta uma seção sobre segurança do paciente, a qual determina que os serviços de saúde devem estabelecer estratégias e ações voltadas para este tema, tais como: mecanismos para identificação do paciente, orientações para

higienização das mãos, ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionadas à assistência a saúde, mecanismos para garantir a segurança cirúrgica, entre outros. Após a publicação dessa resolução, as instituições de saúde brasileiras possuíam 180 dias para adequarem-se a essas normas (ANVISA, 2011b).

Este tipo de atitude por parte dos órgãos reguladores em saúde no país contribui para que as instituições de saúde qualifiquem-se e introduzam a cultura de segurança do paciente em seu cotidiano. Com o intuito de implantar uma cultura de segurança e atingir melhores resultados no cuidado em saúde, diversas instituições estão buscando maneiras de aprimorar e modificar suas práticas.

Pedreira e Chanes (2011) salientam ainda que para promover a visão sistêmica de análise dos erros, é preciso concentrar a atenção nas pessoas que recebem e prestam cuidados. É imperativo promover a retenção de uma equipe criativa, comprometida, habilitada, competente e responsável, que pode trabalhar em ambientes com recursos suficientes para apoiar iniciativas de melhoria, com vistas a alcançar sistemas de atenção à saúde mais seguros. Para as autoras, é imperativo saber que o desenvolvimento nesta área deve focar suas ações na busca de sistemas de trabalho que tornem mais fácil fazer o certo e mais difícil cometer erros, prevenindo a ocorrência de eventos adversos evitáveis.

Deve-se incluir na análise sistêmica das condições latentes e geradoras de erros a compreensão do processo de cognição implicado nas falhas analisadas, podendo ser oriundas de erros de raciocínio, deslizos (vinculados a execução de atividades técnicas automáticas) e lapsos (relacionados a falhas no processo de memória). De modo semelhante, as autoras ainda chamam a atenção para a análise das más práticas do profissional, as quais geram desvios de conduta e ações revestidas de imperícia intencional, imprudência e negligência.

A acreditação é uma ferramenta que os serviços de saúde utilizam para avaliar as ações que já estão sendo realizadas e implementar novas práticas necessárias para atingir qualidade no atendimento prestado.

Em uma publicação recente da JCI (2011) foram estabelecidas as seis metas para a segurança do paciente, as quais fundamentam os processos de avaliação para conceder a acreditação às instituições de saúde. As metas são: Meta 1 – Identificar corretamente os pacientes; Meta 2 – Melhorar a comunicação efetiva; Meta 3 – Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância; Meta 4 – Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, paciente correto e

procedimento correto; Meta 5 – Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; Meta 6 – Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas (JCI; CBA, 2011).

Este trabalho centra-se na primeira meta para a segurança do paciente, a qual está relacionada com a identificação correta do paciente. Esta meta está ligada às demais etapas do cuidado, sendo a confecção das pulseiras de identificação e a sua conferência antes da realização dos procedimentos uma importante prática para evitar erros e para fornecer uma assistência segura aos pacientes.

Na publicação do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) em conjunto com a JCI, a identificação do paciente pode ser definida como o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo erros e enganos que o possam lesar (CBA; JCI, 2007).

A identificação deve ser feita por todos os profissionais de saúde que atuam junto ao paciente por meio de pulseira de identificação, prontuário, etiquetas, solicitações de exames, com a participação ativa do paciente e dos familiares, durante a confirmação da sua identidade (REBRAENSP; COREN, 2010).

Como medidas sugeridas pela OMS para a incorporação da cultura de identificação correta do paciente constam:

- Enfatizar a responsabilidade dos profissionais de saúde na identificação correta de pacientes antes da realização de exames, procedimentos cirúrgicos, administração de medicamentos/ hemocomponentes e realização de cuidados;
- Incentivar o uso de pelo menos dois identificadores (ex.: nome e data de nascimento) para confirmar a identidade de um paciente na admissão, transferência para outro hospital e antes da prestação de cuidados.
- Não utilizar o número do leito como identificador;
- Padronizar a identificação do paciente na instituição de saúde, como os dados a serem preenchidos, o membro de posicionamento da pulseira ou de colocação da etiqueta de identificação, uso de cores para identificação de riscos, placas do leito;
- Desenvolver protocolos para identificação de acidentes com identidade desconhecida, comatosos, confusos ou sob efeito de ação medicamentosa;
- Desenvolver formas para distinguir pacientes com o mesmo nome;

- Encorajar o paciente e a família a participarem de todas as fases do processo de identificação e esclarecer sua importância;
- Realizar a identificação dos frascos de amostra de exames na presença do paciente, com identificações que permaneçam nos frascos durante todas as fases de análise (pré-analítica, analítica e pós-analítica);
- Confirmar a identificação do paciente na pulseira, na prescrição médica e no rótulo do medicamento/ hemocomponente, antes de sua administração;
- Verificar rotineiramente a integridade das informações nos locais e identificação do paciente (ex.: pulseiras, placas do leito);
- Desenvolver estratégias de capacitação para identificar o paciente e a checagem da identificação, de forma contínua, para todos os profissionais de saúde (OMS; JCI, 2007).

Há poucos estudos na literatura que descrevam dados relativos a erros de identificação dos pacientes, porém pode-se perceber que as consequências das falhas ligadas a pulseiras de identificação e a outros métodos de identificar os pacientes são devastadoras devido à relevância que essa prática possui na realização de todos os cuidados ligados ao paciente.

Em um estudo publicado pela Agência Nacional de Segurança do Paciente da Inglaterra e País de Gales mostrou-se que do total de 24.382 relatos de pacientes que receberam o cuidado errado de fevereiro de 2006 a janeiro de 2007, mais de 2.900 estavam relacionados à identificação do paciente. Nessa mesma publicação, a Agência afirmou que a padronização do design das pulseiras, das informações sobre os pacientes e dos processos utilizados para produzir e verificá-las, produz melhoras na segurança do paciente (MAYOR, 2007).

No estudo de Teixeira e Cassiani (2010) foi realizada a análise de causa raiz para avaliar os erros de medicação ocorridos em um hospital universitário em São Paulo, sendo observado que 2,7% dos erros estavam relacionados ao paciente errado.

Em outro estudo, publicado em “Annals of Internal Medicine do American College of Physicians” no ano de 2002, onde foi realizada a análise e discussão de casos de erros relacionados a paciente errado, os autores relatam que no banco de dados nacional da “The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations” sobre eventos sentinela foram encontrados 17 casos relacionados a

procedimentos invasivos realizados em pacientes errados. Em outro banco de dados, do estado de Nova York, foram recebidos 27 relatórios sobre procedimentos invasivos em pacientes errados no período de abril de 1998 a dezembro de 2001 (CHASSIN; BECHER, 2002).

As falhas relacionadas a erro de paciente foram descritas também em um estudo realizado pela Agência Nacional de Segurança do Paciente de Londres, em que, no período de novembro de 2003 a julho de 2005, foram recebidos 236 relatos de incidentes de segurança do paciente e quase acidentes relativos à falta de pulseiras ou de braceletes com informações incorretas (NPSA, 2005).

Um artigo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem em 2010 descreve as percepções de técnicos e auxiliares de enfermagem em relação aos eventos adversos sobre medicação. Dentre as possíveis causas de falhas relatadas por esses profissionais está a identificação incorreta do paciente. Nos trechos das entrevistas, os funcionários descrevem que as prescrições de medicamentos possuem somente o leito do paciente, que um mesmo médico possui pacientes com nomes parecidos e que acontecem trocas de pacientes e leitos no momento da prescrição, cabendo assim, à equipe de enfermagem, a identificação desses erros (FRANCO et al., 2010). Percebe-se então a relevância da introdução da cultura de identificação correta dos pacientes nas instituições.

A pulseira de identificação configura-se como a principal ferramenta na busca da identificação correta dos pacientes, por ser de fácil acesso e visualização, auxilia os profissionais de saúde na conferência dos identificadores antes da prestação de cuidados e incentiva os pacientes a serem corresponsáveis na certificação de sua identidade.

A prática da confecção da pulseira de identificação necessita de uma devida atenção para que os dados do paciente anotados na sua pulseira para identificação estejam de acordo com os dados de seu registro/ prontuário na instituição.

No estudo de Cassiani, Gimenes e Monzani (2009) ratifica-se a ampla utilização das pulseiras de identificação com código de barras e a redução do número de erros relacionados a esta etapa do cuidado. Os autores apresentam como desvantagem dessa tecnologia o custo de implantação (CASSIANI; GIMENES; MONZANI, 2009). Estima-se que os custos para implantação da tecnologia de código de barras em pulseiras de identificação seja de U\$ 200.000 a

U\$ 1 milhão de dólares dependendo do tamanho do hospital (CASSIANI; GIMENES; MONZANI, 2009).

Em comparação, estudos realizados nos Estados Unidos apontam que 1 a 2 % dos pacientes hospitalizados sofrem danos resultantes de erros de medicação e descrevem que cada erro resulta num custo adicional de U\$ 4.700 a U\$ 5.000 dólares, sem levar em consideração os custos legais (NÉRI et al., 2006). Realizando um paralelo entre esses dados e um estudo já citado anteriormente, o qual descreve que dos 24.382 erros registrados, 2.900 estavam relacionados à identificação dos pacientes, pode-se estimar um custo superior a U\$ 13 milhões de dólares para reparar tais erros. Assim, a implantação dessa tecnologia representa um custo menor para as instituições prestadoras de cuidados em saúde.

Dada a importância da identificação correta dos pacientes e o uso de pulseiras de identificação, no estado do Espírito Santo, foi criada uma lei estadual que regulariza o uso das pulseiras de identificação pelos pacientes nos hospitais. A Lei nº 9.754/2011 determina que os pacientes em sistema de observação, internação ou que irão realizar procedimentos invasivos em nível ambulatorial e hospitalar na rede privada e hospitais filantrópicos devem usar pulseira de identificação.

A pulseira deve ter um sistema que impeça sua reutilização, ser inviolável e não transferível, resistente à água, não tóxica e hipoalergênica, com sistema de fechamento seguro e registro no Ministério da Saúde. A identificação na pulseira deve ser feita por meio impresso, não podendo ser manuscrita. Pela lei, a pulseira deve ter o nome ou logotipo da instituição de saúde. Sobre o paciente, devem constar nome, idade e nome do médico responsável. O acessório deve ter um código de barras, de modo que um profissional, usando um leitor específico, visualize informações complementares sobre o paciente. A leitura do código de barras obrigatoriamente deve ser feita antes de todo e qualquer procedimento invasivo ou medicamentoso (ESPÍRITO SANTO, 2011).

Embora a tecnologia do uso de código de barras em pulseiras de identificação e leitores não seja difundida pelo país e nem a grande maioria das instituições de saúde do Brasil possuam condições financeiras de adquiri-la, a iniciativa do estado do Espírito Santo é de extrema importância para a segurança do paciente e serve de exemplo para os outros estados.

No estado de Santa Catarina não existe uma lei como essa, porém as instituições de saúde tem buscado implantar ações que promovam a segurança dos pacientes e aprimorem seus cuidados em busca da qualidade.

Em relação à identificação do paciente, no Hospital Universitário de Santa Catarina, será elaborado um procedimento operacional padrão (APÊNDICE A) de enfermagem com intuito de normatizar a colocação da pulseira de identificação nos pacientes e a utilização desta no cotidiano de trabalho.

De acordo com o que será preconizado pelo HU, os pacientes devem utilizar pulseiras de cor branca, e pulseiras de cor laranja para pacientes alérgicos ou com risco de alergia, onde constam dois identificadores: Nome completo e número do prontuário. O número indicativo do leito do paciente não é considerado um indicador confiável e, portanto, não foi adotado neste processo.

A difícil tarefa de implantar novas rotinas também foi abordada no estudo de Smith et al. (2011), no qual os autores referem que políticas que visam alterar o comportamento dos praticantes para melhorar a segurança são menos prováveis de ter sucesso se não levarem em conta as práticas já existentes .

Indica-se que a identificação dos pacientes e a aplicação da pulseira de identificação aconteçam como um processo sistematizado, incluindo essa ação como um dos demais cuidados prestados aos pacientes (SMITH et al., 2011).

Franco et al. (2010) trazem que a educação permanente, as atualizações, o aprimoramento e a reciclagem com o objetivo de incrementar os conhecimentos adquiridos na formação básica curricular também auxiliam na redução de falhas.

Em consonância, outro estudo diz que a equipe deve ser envolvida para o entendimento, a valorização e a conscientização da relevância da identificação do paciente e que a participação da enfermagem é de fundamental importância na definição das estratégias que serão efetivas na implantação das práticas.

Para garantir a segurança do paciente é essencial conscientizar os profissionais de que uma resposta terapêutica adequada e sem danos é responsabilidade não só dos enfermeiros, mas de toda a equipe de saúde (NEVES; MELGAÇO, 2011).

Implantar a prática de identificar os pacientes em um dos espaços de mobilização em prol da instauração e construção da cultura de segurança é uma estratégia inteligente que deve envolver todos os funcionários das instituições, não

somente os que trabalham junto ao paciente, mas também os que atuam nas áreas de apoio do hospital.

Os profissionais de enfermagem de nível superior serão responsáveis por escrever os dados do paciente na pulseira e pela colocação da mesma no antebraço do paciente. A pulseira de identificação deve ser conferida por todos os profissionais de saúde antes da realização de qualquer procedimento, como administração de medicamentos, infusão de sangue e hemoderivados, cirurgias, nutrição e quaisquer outros cuidados, desde a internação até a alta do paciente.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão bibliográfica como sustentação a proposta de implantação do Protocolo de Identificação de Pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto do Hospital Universitário Ernani Polydoro de São Thiago, ancorada no objetivo de proporcionar uma assistência segura ao paciente.

A proposta é direcionada ao departamento de enfermagem e aos profissionais que atuam na assistência na unidade de terapia intensiva adulto. Para efetivar com qualidade o objetivo foi elaborado um plano de ação de acordo com cada meta a ser seguido, plano este que será avaliado pelos indicadores propostos no monitoramento das metas. Segue abaixo o plano de ação e o método de avaliação do mesmo.

3.2 PLANO DE AÇÃO – META I

Quadro 1 - Plano de ação: Descrição do plano de ação.

META	Sensibilizar o Departamento de Enfermagem quanto a importância de implantar como piloto o Protocolo de Identificação na Unidade de Terapia Intensiva Adulto no hospital;
AÇÃO	Realizar oficina com o responsável do Departamento de Enfermagem abordando o tema proposto;
DESENVOLVIMENTO / COMO	Realizar curso e palestra no auditório da instituição com presença de representante da diretoria de enfermagem e chefias diretamente ligadas ao cuidado na Unidade de Terapia Intensiva Adulto para direcionar o tema proposto;
MOTIVO	Sensibilizar Direção de Enfermagem e responsáveis pela assistência de enfermagem;
RESPONSÁVEL	Pós-graduando do curso urgência e emergência;
DATA DE INÍCIO	Maio de 2014
CUSTO	R\$ 1.000,00
INDICADOR	Número de pessoas sensibilizadas

3.3 PLANO DE AÇÃO – META II

Quadro 2 - Plano de ação: Descrição do plano de ação.

META	Promover uso de capacitação evidenciando a necessidade de identificação do paciente voltado a segurança do paciente;
AÇÃO	Treinar enfermeiros e demais funcionários envolvidos na internação e cuidados do paciente na UTI Adulto;
DESENVOLVIMENTO/ COMO	Inscrever profissionais envolvidos na internação e assistência ao paciente internado na UTI Adulto no sistema de capacitação da Universidade Federal de Santa Catarina;
MOTIVO	Capacitar os profissionais envolvidos
RESPONSÁVEL	Pós-graduando do curso urgência e emergência;
DATA DE INÍCIO	Junho de 2014
CUSTO	R\$ 1.000,00
INDICADOR	Comparação do número de profissionais capacitados com o número de profissionais que atuam diretamente na assistência do paciente internado na UTI Adulto

3.4 CAMPO OU CONTEXTO

O protocolo de identificação do paciente será proposto a ser implantado no Serviço de Terapia Intensiva, de um Hospital Geral de médio porte, público e de ensino, localizado na Região Sul do Brasil, sendo referência para sua área de abrangência.

Este hospital foi fundado em 1980 e possui atualmente, 271 leitos nas áreas de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Terapia Intensiva, Tratamento Dialítico, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia, Centro Cirúrgico, Serviço de Ambulatório geral e especializado, Hemodinâmica, Onco-hematologia. Possui ainda,

serviço de Emergência Adulto, Infantil e Gineco-obstetricia, Centro Obstétrico, Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno e Centro de Esterilização. A única forma de atendimento é via Sistema Único de Saúde.

O Serviço de Terapia Intensiva fica localizado no quarto andar do hospital. Atende pacientes oriundos da própria instituição e demais unidades do estado de Santa Catarina. Atualmente dispõe de quatorze leitos ativos. Este serviço conta, para o atendimento, com uma equipe de 25 médicos intensivistas, 17 enfermeiros, 58 profissionais de enfermagem do nível médio, 1 assistente social, 1 psicóloga, 1 nutricionista, 4 fisioterapeutas, 2 bolsistas, 1 assistente administrativo, copeiras, auxiliares de limpeza. Atuam ainda neste setor em esquema de rodízio, médicos residentes, acadêmicos de enfermagem e medicina e residentes de enfermagem, nutrição, farmácia e odontologia.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança é um dos critérios básicos para se garantir a qualidade da assistência ao paciente. Nesse sentido, a adoção de estratégias para redução de erros e eventos adversos em Instituições de Saúde é fundamental, especialmente em unidades de referência, onde erros podem ser evitados através de medidas muitas vezes simples.

A intenção deste trabalho é sensibilizar a equipe de enfermagem, e fazer com que esta busque uma reflexão sobre suas ações assistenciais, resgatando posturas e atitudes promotoras de segurança. Contudo, se faz necessário a necessidade de identificação adequada do paciente como primeiro passo na promoção da segurança dos pacientes graves na Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

O presente estudo espera um engajamento dos profissionais no processo de identificação dos pacientes verificando a taxa de conformidade das pulseiras observadas e descritas nesse protocolo proposto, mesmo que tenha sido criado como piloto e implantado seguindo as recomendações internacionais de segurança.

Sendo assim, a realização deste estudo contribuirá para fornecer evidências da utilização de pulseiras de identificação em pacientes internados na UTI adulto da instituição e para nortear o aprimoramento das práticas referentes a essa temática.

Sugere-se que seja realizado um monitoramento desse processo alguns meses após a implantação, para que se visualize o progresso das ações e se efetuem o real benefício à segurança do paciente se comparado com a incidência de erros. Seria importante também o desenvolvimento de estudos que avaliem a correta utilização da pulseira pelos profissionais para identificação dos pacientes.

A importância de desenvolver um trabalho de conclusão de curso na pós-graduação de enfermagem em urgência e emergência dá-se à medida que possibilita uma reflexão das práticas em desenvolvimento, uma ampliação de horizontes e uma associação da teoria aprendida com os cuidados prestados aos doentes.

Finalizando, a realização deste estudo permitiu ao autor conhecer melhor as etapas de uma pesquisa e colocar em prática alguns conhecimentos prévios adquiridos por meio do contato com uma necessidade da instituição em criar o

núcleo de segurança do paciente e se adequar com normas relacionadas à assistência segura.

Aprendeu-se também como manejar as dificuldades surgidas em desenvolver um trabalho intervencionista e a carga da responsabilidade de conceber um trabalho que é peça fundamental para a aquisição do título de enfermeiro especialista em urgência e emergência em enfermagem.

O aprendizado e amadurecimento construídos ao longo do curso possibilitaram que este trabalho fosse desenvolvido com prazer e tranquilidade.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RDC nº 63**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Brasília, 2011a.

_____. **Boletim Informativo sobre segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. GGTES/ Anvisa. Brasília, v. 1, n. 1, jan-jul. 2011b.

ARANAZ-ANDRÉS, J.M. et al. Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. **Rev Calid Asist**. Barcelona, v. 26, n. 3, p. 194-200, 2011.

BARRACLOUGH, I.; CARNINO, A. Safety Culture. Keys for sustaining progress. **IAEA Bulletin**, n. 40, p. 27-30, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 2 ed. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2014.

CASSIANI, S.H.B. **Hospitais e Medicamentos: impacto na segurança do paciente**. São Paulo: Yendis Editora, 2010.

CASSIANI, S. H. B.; GIMENES, F. R. E.; MONZANI, A. A. S. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. **Rev Eletr Enferm** [Internet]. Goiânia, v. 11, n. 2, p. 413-17, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a24.htm>> . Acesso em: 30 nov. 2012.

CHASSIN, M. R.; BECHER, E. C. **The wrong patient**. **Ann Intern Med**. Philadelphia, v. 136, n. 11, p. 826-33, jun. 2002.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais**. Rio de Janeiro, 2007.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Lei n. 9.754, de 20 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a obrigatoriedade da adoção de pulseiras de identificação em todos os pacientes usuários da rede de saúde privada e hospitais filantrópicos do Estado. Assembleia legislativa do Estado do Espírito Santo. Espírito Santo, dez. 2011. Disponível em: <http://www.al.es.gov.br/antigo_portal_ales/images/leis/html/LO9754.html>. Acesso em: 20 abr. 2012.

FERNANDES, Haggeas da Silveira; PULZI JÚNIOR, Sérgio Antônio; COSTA FILHO, Rubens. Qualidade em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, p. 37-45, fev. 2010.

FRANCO, J. N. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. **Rev Bras Enferm. Brasília**, v. 63, n. 6, p. 927-32, nov-dez. 2010.

HOWANITZ, P. J. et al. Continuous Wristband Monitoring Over 2 Years Decreases Identification Errors. A College of American Pathologists Q-Tracks Study. **Arch Pathol Lab Med**. Illinois, v. 126, p. 809-15, jul. 2002.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Quality of Health Care in America. **To err is human: building a safer health system**. Washington, D. C: Institute of medicine, 2000.

JCI; CBA. Metas Internacionais de Segurança do Paciente. **Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais**. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. 4. ed. Rio de Janeiro, 2011.

KNOBEL, Elias. **Terapia Intensiva: enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2010.

_____. **Condutas no paciente grave**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1998.

MAYOR, S. Hospitals should standardise patient wristband design. **British Medical Journal**, London, v. 335, p. 118, jul. 2007.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. Wristbands for hospital inpatients improves safety. **Safer practice notice 11**. Londres, nov. 2005.

NÉRI, E. D. R. et al. Erros na área da saúde: culpado ou inocente? **Infarma**. Brasília, v. 18, n.3/4, 2006.

NEVES, L. A. C.; MELGAÇO, R. M. T. A identificação do paciente como indicador de qualidade. **Rev Eletr Acred [Internet]**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 88- 100, 2011. Disponível em: <<http://www.cbacred.org.br/ojs/index.php/Acred01/article/view/17>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

OGUISSO, T. Florence Nightingale. In: OGUISSO, T. (Org). **Trajetória Histórica e Legal da Enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005. p. 59-97.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Conceptual framework for the international classification for patient safety**. Geneve, 2009. p. 153.

PEDREIRA, Mavilde.L.G; CHANES, Daniela Cristina. Enfermagem para a segurança do paciente. In: HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa. **Gestão em enfermagem - ferramenta para prática segura**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2011. p. 285-294.

PINHEIRO, H.C.G., PEPE, V.L.E. Reações adversas a medicamentos: conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em um hospital-sentinela de ensino do Ceará- Brasil 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.20, n. 1, p. 57-64, jan-mar. 2011.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE; CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Passo 1 – Identificação do paciente**. 10 Passos para a segurança do paciente. Rebraensp – Pólo São Paulo/ Coren – SP: São Paulo, 2010.

SANTOS Filho, A. C., VIEIRA, G. X. HNMD Hospital Sentinela da ANVISA-Planejamento e Implementação do Projeto. **Arq. Bras. Med. Naval**, v. 65, n. 1, p. 56-62, 2004.

SEPAESC. Reunião do Pólo de Segurança do Paciente de Santa Catarina –, 2009. **Ata reunião**. Florianópolis, 1º de dezembro de 2009.

SILVA, A. E. B. C. et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 20, n. 3, p. 272-76, 2007.

SMITH, A. F. et al. Wristbands as aids to reduce misidentification: an ethnographically guided task analysis. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 23, n. 5, p. 590-599, jul. 2011.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação em um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 44, n. 1, p. 139-46, 2010.

APÊNDICE A – INSTRUÇÃO DE TRABALHO

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

1. OBJETIVOS

- 1.1. Garantir a segurança do paciente através da identificação através de pulseiras.

2. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 2.1. Ficha de Internação;
- 2.2. Pulseira de Identificação.

3. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

- 3.1. Paciente chega na UTI com encaminhamento Médico;
- 3.2. Médico confecciona AIH;
- 3.3. Recepção faz ficha de internação e a pulseira de identificação;
- 3.4. Pacientes já internados: Enfermeiro da UTI solicita pulseira de identificação a internação;
- 3.5. O enfermeiro da UTI confere os dados do paciente e coloca a pulseira de identificação no paciente;

4. CUIDADOS ESPECIAIS

- 4.1. A pulseira deverá ser colocada, preferencialmente, no membro superior direito, exceto quando houver impedimento (fístulas artério-venosas, queimaduras, edemas).
- 4.2. Quando ocorrer extravio/dano da pulseira Proceder do seguinte modo:
- 4.3. Enfermagem solicita a confecção de uma nova pulseira à Escrituraria, que solicita a confecção da pulseira à Internação, uma vez confeccionada a pulseira a escrituraria busca a pulseira na internação e entrega para a enfermagem que identifica novamente o paciente .

5. DISTRIBUIÇÃO

- 5.1. UTI Adulto.

6. REGISTRO DE REVISÃO

Elaboração: Enf. Dartagnan Sousa dos Santos

Data:

Revisão:

Departamento de Enfermagem:

Direção: